رساله

نقش اختلالات روانی در تاریخ تصوف

تألیف: دکتر علی اکبر ضیائی



1393

مشخصات رساله
تعداد صفحات: 68 صفحه
نشر: الکترونیکی
صاحب امتیاز: نویسنده
سال نشر: 1393
استفاده از رساله با ذکر منبع بلا مانع است.
وب سایت نویسنده: www.aaziaee.com
ایمیل: aaziaei@hotmail.com

بسم الله الرحمن الرحيم

رساله نقش اختلالات روانی در تاریخ تصوف

تألیف: دکتر علی اکبر ضیائی

چکیده

نویسنده این رساله رفتارهای دینی حلاج را به عنوان یکی از معروفترین شخصیتهای تصوف از دیدگاه عصب روانی، عصبی و رفتاری مورد بررسی قرار داده است تا به آخرین دستاوردهای علمی در خصوص طبیعت تجربه های دینی غیر اصیل دست یابد. وی تلاش کرده است تا با تفکیک تجربه دینی اصیل از غیر اصیل نشان دهد که تجربه های دینی و معنوی غیر اصیل در صوفیان بیشتر به علائم سایکوزی شباهت دارد و تجارب آنان برگرفته از اختلالات سایکوزی مرتبط با اختلال خلقی و اولیه می باشد. دلایل این فرضیه در هر موردی با تشخیصهای متفاوتی مورد بحث و بررسی قرار گرفته است. محدویتهای مرتبط با آزمایشهای تشخیصی گذشته نگر[1] نیز مورد ارزیابی قرار گرفته است. نویسنده برای پاسخ به این سؤال که چگونه پیروان آنان گرد آن شخصیتها جمع شده اند و سیستمهای اعتقادی جدید به ظهور رسیده و جاودانه شده اند به

مدلهای اجتماعی آسیب شناسی روانی[2] و پویائی گروهی[3] نیز پرداخته است.
نویسنده به یک روش تازه در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالهای روانی[4] DSM برای شناسائی بروز این نوع اختلال روانی دست یافته است. این یافته ها از این فرضیه پشتیبانی می کنند که افراد با اختلالات خلقی و اولیه مرتبط با علائم سایکوزی می توانند سبب ایجاد تأثیرات بزرگی بر تمدن نیز بوده باشند. امید است این پژوهش بتواند زمینه را برای کمک به افرادی که تحت تأثیر آموزشهای صوفیانه و عرفانهای کاذب دچار بیماریهای روحی و روانی و اختلالهای سایکوتیک می شوند فراهم نماید.

کلیدواژه ها: تجربه دینی، اسکیزوفرنی، صرع، تصوف، اختلالات روانی.

تجربه دینی اصیل و غیر اصیل

از نوشته های دانشمندان عصب شناسی الهیات چنین استنباط می شود که منظور آنان از تجربه دینی کلیت دین شامل اعتقادات، باورها، آئین دینی و مناسک نمی باشد، بلکه یک نوع احساس در ارتباط با "تکلم به زبانها"، توهم

دیداری، توهم شنیداری، احساس یگانگی و وحدت با عالم هستی و یا ماوراء الطبیعه، احساس بی مکانی و بی زمانی و هر احساس غیر عادی در ارتباط با دین می باشد. تجربه دینی با تعریفی که از آن ارائه شد بر اساس دیدگاه مؤمنان و نه ملحدان دارای دو نوع اصیل و غیر اصیل است. نوع اصیل آن همان مکاشفه، الهام، رؤیای صادقه، فناء فی الله و تخلیه روح از جسم انسان در مراحل نهائی سیر و سلوک و یا همان احساس بی زمانی و بی مکانی در اثر ریاضات شرعی و استدامت بر دعا و ذکر و انجام فرایض و نوافل می باشد و نوع غیر اصیل آن همان اختلالات روانی مرتبط با "تکلم به زبانها"، توهمات دیداری و شنیداری با مضامین دینی و احساس بی مکانی و بی زمانی بر اساس ریاضات غیر شرعی همچون مدیتیشن و تمسک به عرفان کاذب می باشد.

برای تفکیک تجربه دینی اصیل از غیر اصیل باید به آموزه های دینی خود و سرمایه های فکری و معنوی باقیمانده از گذشتگان و بزرگان دینی رجوع کنیم. ما فرا گرفته ایم که علوم و معارف انبیاء علیهم السلام و امامان معصوم در

ادامه راه انبیاء نزدیکترین راه برای وصول به حقایق هستی و معارف حقیقی و تجارب اصیل دینی می باشند و اگر تجربه ای از این چشمه زلال سیراب و یا الهام نگرفته باشد، در آن صورت باید با بکار گرفتن عقل و نقل که همان قرآن کریم وسنت نبوی و اهل بیت علیهم السلام است به ارزیابی آن تجربه بپردازیم. تجربه ای که با عقل و نقل در تعارض باشد بدیهی است که نمی توان دستاوردهای منقول از صاحب تجربه را یک تجربه اصیل دینی دانست و این احتمال وجود دارد که در اثر ریاضتهای غیر شرعی و افتادن به مسیرهای انحرافی دچار علایم سایکوتیک شده باشد و بررسی علمی چنین افرادی با توجه به رهنمودهای دینی می تواند به ارائه راه حلهائی برای معالجه آنان کمک نماید. برخی می گویند که صوفیان غیر متشرع به شرع همانند راهبان و صوفیان مسلمان غیر سالک به طریق اهل بیت علیهم السلام چون حلاج و جنید و شبلی و همانند آنها نیز تجارب معنوی صحیحی داشته اند و انحصار حقایق به اهل بیت علیهم السلام درست نمی باشد، که در پاسخ می گوییم: فرموده پیامبر اکرم (ص) است که من شهر علم هستم و علی درب آن است و هر کس می خواهد وارد شهر شود باید از درب

آن وارد شود، بنابراین ورود به شهر از درب و از پنجره نیز امکان پذیر است و می توان به حقایقی از علوم به غیر از مسیر امام علی علیه السلام دست یافت، اما این ورود از دیدگاه پیامبر اکرم (ص) غیر قانونی است و طبیعتا فردی که به جای درب از پنجره و دیوار استفاده کرده است به مشکلاتی راه خواهد یافت که در مسیر طبیعی آن یعنی ورود ازدرب چنین مشکلاتی نمی داشت. بنابراین شاید بخشی از یافته های عرفانی عرفانهای کاذب و راهبان متصوفه مسیحی و یهودی نیز درست و مطابقت با واقع باشند و از علایم اختلالات روانی سایکوتیک نباشند، اما تنها راه شناخت اصالت آنها مطابق با عقل، قرآن و سنت پیامبر اکرم (ص) و اهل بیت علیهم السلام است، بنابراین اگر فردی غیر متشرع و یا سالک به طریق غیر اهل بیت (ع) به گونه ای رفتار کرد که تجربه دینی اش با شرع مقدس و طریقت اهل بیت علیهم السلام مطابقت داشته باشد در آن صورت ما نمی توانیم به راحتی آن تجربه را جزو علایم سایکوتیک بدانیم و چنین وانمود سازیم که فرد دچار اختلالات روانی سایکوتیک بوده است. اگر چنین فردی به راهها و توصیه های معنوی اهل بیت علیهم السلام عمل می نمود در آن

صورت هم در سرعت کمتری و هم با مشقت کمتری به حقایق هستی و مقامات معنوی دست می یافت، ولی از جهت مطابقت رفتار و کردار آن فرد با سیره اهل بیت و تعالیم آنان ممکن است به حقایقی از عالم معنویت هم رسیده باشد و بنابراین تخصصا از بحث ما خارج می باشند. در این پژوهش به صوفیانی اشاره می شود که به علت پیمودن مسیرهای عرفان کاذب و ریاضتهای غیر شرعی و در اثر اختلالات روانی به شطحیات روی آورده اند و از نظر علمی می توان آنان را در زمره بیماران روانی با علائم سایکوتیک برشمرد. در اواخر قرن بیستم مردی با گرایشهای تعصب آمیز مسیحی با اسکیزوفرنی پارانویائی در یک ارزیابی عصب شناختی گفت که او می تواند اذهان دیگران را بخواند و سالهاست که صداهائی را به صورت الهام درباره دوستان و غریبه ها و مانند آنها می شنود. او معتقد بود که خداوند او را برگزیده است تا بشریت را راهنمائی کند. پزشکان با تجویز داروهای ضد سایکوزی توانستند از علائم سایکوزی مذکور تا حدودی بکاهند و پس از یک دوره درمان صداهای الهامی نیز کمتر به گوش وی می رسید و مدتی بعد هم چنین پندارهائی برای وی بوقوع

نمی پیوستند. او از پزشکان معالج می پرسید: "از کجا می دانید که آن صداها واقعی نیستند؟" "از کجا می دانید که من مسیح موعود نیستم؟" او در تأیید می گفت: "خدا و فرشتگان در انجیل با مردم سخن می گفتند."

پاسخ نویسنده به وی این است که شاید سخنان شما درست باشد و شاید خدا و فرشتگان نیز با شما سخن بگویند، اما پیش از قضاوت باید کمی درباره خودتان سخن بگویید تا ببینیم به چه علت و پس از گذراندن چه مراحلی به چنین تجاربی دست یافته اید. آیا کسی که از مواد روانگردان همانند حشیش و ماریجوانا استفاده می کند و در اثر استفاده از آنها به حالاتی شبیه به حالات معنوی و عرفانی (تجربه غیر اصیل دینی) می رسد می تواند مورد خطاب مستقیم خدا و فرشتگان باشد؟ مسلما پاسخ منفی است. بنابراین باید او را برای معالجه به پزشک معالج ارجاع دهیم تا به مداوای خود بپردازد و سپس به کارشناس دینی مراجعه کند تا راه درست از نادرست را به وی آموزش دهد. هر روز پزشکان، پرستاران، روانشناسان، و کنشگران اجتماعی با افرادی که دارای علائم سایکوزی هستند در ارتباط می

باشند و تلاشهائی را درباره آنان به عمل می آورند. در حدود 1 درصد از مراجعات به بخش اورژانس و 0.5 درصد از مراجعات مراقبتهای اولیه به علائم سایکوزی اختصاص دارند [1، 2]. بیش از 60 درصد از افراد اسکیزوفرنی دارای ویژگی خود بزرگ انگاری دینی[5] می باشند مانند اعتقاد به این که آنان فردی مقدس، خدا، شیطان، پیامبر، مسیح، و یا شخص مهم دیگری هستند [3]. حدود 30 تا 50 درصد بیماران اسکیزوفرنی نمی دانند که دارای اختلالات روانی هستند [4]. تشخیص تجربه اصیل دینی از غیر اصیل آن بر اساس تنوع ادیان و مذاهب مختلف جهان یکی از چالشهای مهم قرن حاضر برای برخورد با بیماران اسکیزوفرنی پارانویا در مضمونهای دینی می باشد و در اینجا است که الهیات باری دیگر می تواند به نقش آفرینی پردازد و گرد و غبار تاریخ را از چهره خود بزداید و باری دیگر به کمک انسانهای گرفتار در توهمات و هذیانات آید.

با مطالعه بررسیهای منتشر شده از علم پزشکی در می یابیم که تنها تعداد بسیار اندکی پژوهش با استفاده از رشته های عصب شناختی رفتاری و روان شناسی عصب شناختی (نوروپسیکولوژی) مدرن در زمینه افراد با علائم

سایکوتیک و تجارب دینی انجام پذیرفته است. به نظر می رسد زمان آن فرا رسیده است تا افرادی که دارای تجارب دینی غیر اصیل برگرفته از عرفانهای تقلبی و کاذب و یا گرایشهای صوفیانه با ریاضتهای غیر شرعی می باشند مورد آزمایشهای کلینیکی قرار گیرند تا علاوه بر تعالیم دینی درست و نشان دادن مسیرهای مشروع برای رسیدن به تجارب دینی اصیل از طرف علمای دین تحت معالجه پزشکی و به عنوان یک بیمار سایکوزی با استفاده از رشته های عصب شناختی رفتاری و روانشناسی عصب شناختی (نوروپیسکولوژی) تحت مداوا قرار گیرند.

نویسنده در این پژوهش وظیفه دارد تا محدودیتهای موجود در شناسایی تجربه اصیل از غیر اصیل و ضرورت آموزش افراد مبتلا به بیماریهای ذهنی و روانی را خاطر نشان سازد و نشان دهد که افراد مبتلا به چنین اختلالاتی می توانند در ساختن تمدنهایی بزرگ نیز نقش مثبتی ایفا کنند.

انتخاب شخصیت مورد نظر جهت انجام این تحلیلها بر اساس معیارهای ذیل صورت گرفته است:

1) موجود بودن نقل قولها و روایات برای بررسی رفتارها و تجارب معنوی و دینی غیر اصیل فرد

2) موجود بودن قابلیتهای مشابه با پدیده های روانپزشکی در تجارب وی

3) بالا بودن نقش داستانهای زندگی وی بر تمدن سازی و تاثیرگذاری بر ادبیات، هنر، دین، فلسفه و جامعه.

4) در ادامه بحث با آزمایشهای تشخیصی گذشته نگر در باره شخصیتهایی چون حلاج در تصوف اسلامی به عنوان یک نمونه به تحلیل خواهیم پرداخت.

حسین بن منصور حلاج

کتب و اسناد زیادی درباره روایات افسانه‌آمیز و شطحیات وی مانند تذکره الاولیای عطار نیشابوری و شرح شطحیات روزبهان بقلی باقی مانده است، و به علت همین گستردگی روایات و آرای منقول از حلاج است که وی را به عنوان یکی از شخصیتهای مورد مطالعه در این پژوهش انتخاب کردیم. علاوه بر این شکی نیست که وی دارای تجارب دینی فراوانی در قالب شطحیات بوده و تقابل وی با فقهای عام و خاص به گونه ای بوده است که به احتمال زیاد بتوان وی را دارای تجارب دینی غیر اصیل دانست. معیار سنجش سخنان وی همان است که در کتب و اسناد موجود باقی مانده است. ناسازگاری رفتار و سخنان او با قرآن و سنت و عقل

سلیم در این منابع انعکاس یافته و حمل نمودن آنها بر طریقت صواب دینی نیازمند تلاشی بی فایده و یا با تکلف بسیار می باشد. بنابراین در این آثار برجای مانده از وی می توان مواردی از علائم سایکوزی را یافت که مشابه آن در این گونه بیماران در حال حاضر بسیار دیده شده است. شخصیت منصور حلاج به گونه ای است که بخش زیادی از ادبیات و عرفان اسلامی را تحت تاثیر خود قرار داده و از او به عنوان یک شخصیت تاثیرگذار در تمدن اسلامی نیز می توان نام برد. بنابراین هر سه ویژگی یعنی موجود بودن نقل قولها و روایات در زندگی حلاج برای بررسی رفتارها و تجارب معنوی ودینی غیر اصیل افراد، موجود بودن قابلیتهای مشابه با پدیده های روانپزشکی در تجارب آنان و بالا بودن نقش داستانهای زندگی آنان بر تمدن سازی و تاثیرگذاری بر ادبیات، هنر و جامعه در وی وجود دارد.

ادعای دوم ما یعنی تجارب غیر اصیل دینی حلاج نیازمند توضیح بیشتری است که در این سطور به آن خواهیم پرداخت.

گفتیم که یکی از راههای اثبات تجربه دینی و معنوی غیر اصیل بکارگیری روشهای ریاضتی غیر مشروعی است که توسط اصحاب ادیان هندوئی و غیر اسلامی بکار گرفته می شود. حلاج در هند با استفاده از روشهای ریاضت هندوئی و افراط در این امر به نوری دست می یابد که وظیفه خود می داند تا مردم را بدان نور دعوت کند. حلاج گفته است که « شاهد شدم مولای خود را عیناً» که این امر با عقل سلیم و روایات رسیده از عامه و خاصه سازگار نیست. در دفاع از ابلیس گفته است: «جوانمردی منحصر است در احمد علیه السلام و در ابلیس، یعنی محمد مظهر جمال است و ابلیس مظهر جلال»، حلاج گفته است: «جمله حجاب ببریدم تا جز حجاب عظمت نماند. آنگه خداوند گفت که روح را بدل کن. گفت: نمی کنم مرا رد کرد به خلق، و مرا بدیشان فرستاد». عطار در تذکره الاولیاء خود می نویسد که حجاج در دوران ریاضت خود بیست سال لباسش را از تن بیرون نکرده بود (نشسته بود) و گزنده بسیاری در آن بود که اندازه هر حشره گزنده نیمدانک بود. همچنین عطار نوشته است که فردی به نزد حلاج آمد، عقربی دید که گرد او می گشت و قصد کشتن آن را کرد. حلاج گفت که دست از وی بدار

که دوازه سالست که او ندیم ماست و گرد ما می گردد. نقل است که یک سال در آفتاب گرم برابر کعبه بایستاد برهنه تا روغن از اعضاء او بر سنگ می رفت، پوست او باز شد و او از آنجا نجنبید. از منابع تاریخی برمی آید که حلاج بر سحر مسلط بوده و برای جلب مردم به دعوت خود ساحری را روا می دانسته و در فهرست آثار مفقود او نیز به عناوینی چون کتاب السحر در طلسم و کیمیا برمی‌خوریم. برخی گزارشهای تاریخی نیز سبب عزیمت حلاج به هند را آموختن سحر و جادو، بلکه شعبده و چشم‌بندی، برای تأثیر در نفوس و جلب توجه عوام، ذکر کرده‌اند. یکی از همسفران او می‌گوید که حلاج در بدو ورود به هندوستان به وی گفت که برای آموختن سحر و دعوت مردم به خداوند به هند آمده است. وی دائم سراغ کسی را می‌گرفت که از او سحر بیاموزد تا عاقبت با دیدن خارق عادتی از يك پیر (یا يك زن) نزد او رفت. از مکتبهای فلسفی هند و اندیشه‌های گنوسی و غُلات نیز در آثار و افکار حلاج شواهدی وجود دارد. درباره تعبد و ریاضات حلاج گفته اند که او از ابتدای ماه رمضان تا عید فطر هیچ شبی افطار نمی‌کرد و به سبب مغلوبیت (سُکر) نماز نمی‌خواند.

دلایل بسیاری در منابع تاریخی وجود دارد که نشان می دهد ریاضتهای حلاج با شریعت پیامبر اکرم (ص) و سیره اهل بیت (ع) سازگاری نداشته و عقل سلیم نیز انسان را به چنین تجاربی برای رسیدن به وحدت وجود و سیر الی الله و تحلیه به صفات ربوبی فرا نمی خواند، بنابراین تجربیات حلاج به احتمال زیاد می تواند موضوع بحث ما در اختلالات روحی و روانی متصوفان بوده باشد.

کسی که برای اعتقادات خود تا پای چوبه دار می رود و همچنان بر یافته های خود اصرار می ورزد را نمی توان به سادگی متهم به عوام فریبی و تظاهر به عرفان نمود، بلکه بر اساس گزارشهای رسیده از اختلالات سایکوزی چنین فهمیده می شود که فرد مبتلی به صرع و اسکیزوفرنی و توهمات دیداری و بزرگنمائی افراطی هرگز به آنچه که خود می بیند شک و تردیدی ندارد و آن اندازه به این یافته ها ایمان دارد که تا پای جان نیز از آنها دفاع می نماید.

فشارهای جسمی و روحی

حلاج زندگی بسیار پر طلاطم و فشارهای روحی و روانی را از دوران کودکی تا زمان کشته شدن سپری کرده است. عوامل زیست محیطی مرتبط با پیشرفت اسکیزوفرنی به

عوامل استرس زای قبل از تولد فرد بستگی دارد که چندان اطلاعی از شرایط زندگی پدر حلاج و دوران شکل گیری وی پیش از تولد در دست نداریم. اما می دانیم که انزوای اجتماعی و مهاجرت مرتبط با سختی‌های اجتماعی، تبعیض نژادی، اختلال در خانواده و تبعیض دینی نقش مهمی در گسترش اسکیزوفرنی ایفا می کنند.



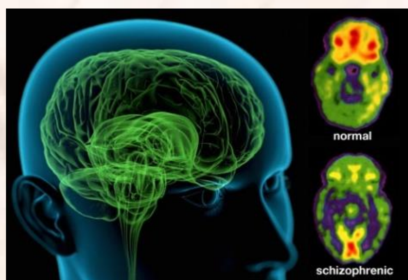
نگاهی کوتاه به شرایط سخت زندگی حلاج به ما می گویند که عوامل زیست محیطی وی برای ابتلای به اسکیزوفرنی فراهم بوده است. او در دوازده سالگی حافظ قرآن شد و در سال 260 هجری یعنی در شانزده سالگی تحصیلات مقدّماتی خود را به سنّت حنبلیان به پایان برد و به تنهایی به تستر رفت و به حلقه مریدان سهل بن عبداللّه تستری (283-203) پیوست. مهاجرت زود هنگام در دوران

نوجوانی بدور از کانون گرم خانواده یکی از عوامل زیست محیطی برای شکل گیری اختلالات روانی می باشد. او پس از دو سال به همراه استادش سهل به بصره تبعید شد و در زمانی که به شدت به حمایتهای عاطفی خانواده نیاز داشته است طعم تلخ تبعید و دوری از خویشان و دوستان خود را تجربه می کند. در بصره فشارهای سیاسی و ظلمهای اجتماعی بر روح وروان حلاج تأثیر منفی می گذارند و در همین زمان است که با ام الحسین دختر ابویعقوب اقطع صوفی ازدواج می کند و این ازدواج با اعتراض پدر زنش روبرو می شود و زمینه برای دشمنی اقطاب تصوف بصره با وی فراهم می گردد. در هجده سالگی به بغداد رفت و برای حل مشکلات عاطفی و روحی خود به جرگه تصوف به رهبری جنید راه یافت. وی چند سال بعد از بغداد به تستر رفت و این آغاز سفرهای تبلیغی او بود. در سال 270 هجری نخستین حج خود را به جای آورد و یک سال تمام در مکه در عزلت به سر برد و تمام وقت خود را به عبادت و روزه‌داری گذراند. در بازگشت از مکه با جنید ملاقات می کند و با ابراز عقیده خود مبنی بر «انا الحق» نزد جنید به کفر و الحاد متهم می شود، بنابراین نخستین آثار

گفتارهای مبالغه آمیز در حدود سن 27 سالگی وی ظاهر می گردد. پیدایش گفتار هذیانی «انا الحق» می تواند به احتمالی از عوامل روانی و فشارهای عصبی و تبعید و تکفیر و طرد از طرف پدر زن و استادش نشأت گرفته باشد و این فشارها به مرور زمان هم موجی از اعتراضات را به همراه داشته و شرایط روانی حلاج را بیشتر مورد صدمه قرار داده است. پس از جنید، صوفیان دیگر هم در بغداد به دوری جستن از حلاج سفارش می کردند. این نوع برخوردهای سختگیرانه از طرف متصوفانی معروف چون جنید و نه دشمنان سنتی آنان یعنی فقهای وقت بر جان و روح حلاج تأثیر شگرفی گذاشت و او پس از این رویداد از جنید و مکتب بغداد روی برتافت و برای ارشاد خلق به تستر رفت. در اثر تبلیغات دشمنانش یکسال بیشتر در آنجا دوام نیاورد و چنان از دشمنی عمرو مکی، استادش، آزرده خاطر بود که به نشان اعتراض خرقه تصوف را بر تن درید و سیاحت خود را از آن پس با جامه سربازان آغازید. پاره کردن خرقه تصوف در میان مردم آن عصر ضربه ای سنگین به او بشمار می آمد. مقارن با بازگشت حلاج به بغداد در سال 296 هجری می بینیم که مرکز خلافت با آشوبهای

اجتماعی و آشفتگی اوضاع دربار مقتدر عباسی دست به گریبان بود و اساساً بغداد در سالهای پایانی قرن سوم و آغاز قرن چهارم دستخوش شورشهای داخلی و خارجی بوده است. برخی حلاج را مسبب این آشوبها می دانستند. حکومت وقت برای مجازات حلاج او را از سال 301 تا 308 هجری زندان و سعی در بی آبروئی و رسوا کردن او در منظر مردم نمود. دوران زندان را می توان یکی از عوامل زیست محیطی بروز ادعاهای هذیانی و توهمات دیداری و شنیداری در مورد حلاج دانست. برخی مردم، زندانیان و نیز خدم و حشم خلیفه باور داشتند که حلاج مرده را زنده می‌کند و جنّیان در خدمت اویند. کاتب دربار به نام حمد قُنّایی حلاج را متصف به مقام الوهیت می پنداشت و مردم را به پیروی از او فرامی خواند. بیماران اسکیزوفرنی اشتیاق زیادی به نوشتن دارند. چنین ویژگی در بیش نویسی به احتمالی می تواند با جنون،[6] جنون خفیف،[7] و یا وضعیتهای ترکیبی [8]همراه باشد و در هر حال چنین پدیده ای می تواند بیانگر نوعی اسکیزوفرنی و صرع لوب گیجگاهی نیز باشد [5-7]. حلاج نیز در زندان علاقه وافری به نوشتن از خود نشان می داد، چنان که در همان محبس،

کتاب *السیاسة و الخلفاء* را به نام مقتدر، *الدرة* را به اسم نصر قشوری و *السیاسة* را برای حسین بن حمدان نوشت. تریمبل[9] معتقد است که بیش نویسی برگرفته از اسکیزوفرنی و بیماری صرع به ندرت دارای خلاقیت می باشد. این افراد معمولا کمی گرایش معنوی و عرفانی دارند و مطالب آنان از محتوایی مبهم و تکراری و گاهی با هر دو ویژگی برخوردار است [7].



اگرچه تعداد شاعران با اختلال اسکیزوفرنی یا صرع اندک است، اما در مقابل می بینیم که شاعران با اختلال خلقی تعداد بیشتری را تشکیل می دهند [7]. کتاب *الطواسین* حلاج نثری آمیخته به شعر دارد، وبیشتر تجارب روحی و هیجانات عاطفی حلاج را نشان می‌دهد و سخنان عجیبی در طاسین الازل و الالتباس در دفاع از ابلیس و ایمان فرعون دارد. این کتاب دارای زبانی پیچیده، شطحی، رمزی، و

درهم ریخته است و بیانگر نوعی درهم ریختگی روحی در نویسنده آن دارد. اسکیزوفرنی یا روان گسیختگی غالبا با رفتارها و افکار درهم ریخته همراه می باشد که با کیفیت اداره زندگی فرد ارتباط دارد [8]. اسکیزوفرنی پارانوئید (PS) که زیر مجموعه ای از اسکیزوفرنی بشمار می آید اگر با درهم ریختگی همراه نگردد آثار کارکردی مثبت و با کارکرد اجتماعی و حرفه ای مناسب تر نیز ارتباط خواهد داشت [8]، اما در مورد حلاج درهم ریختگی با اسکیزوفرنی پارانوئید به گونه ای درهم آمیخته است که کارکردهای اجتماعی و حرفه ای منفی نیز برای او به دنبال داشته است.

دومین محاکمه حلاج هفت ماه به طول انجامید و او در این مدت در سلول انفرادی زندانی بوده است. شاید تنها بودن وی برای آن مدت طولانی و انزوای شدید از مردم و طرفدارانش بر حالات روانی او تأثیر منفی گذاشته است، زیرا حامد وزیر در این مدت توانست اسناد فراوانی را برای اثبات ساحری و نیز دعوی ربوبیت حلاج از میان گفته‌ها و نوشته‌ها و نیز اعترافات دوستان و شاگردان وی فراهم آورد. از جمله زنی از نزدیکان حلاج، با نقل چند

جریان عجیب، به ساحری حلاج و ادعای الوهیت او گواهی داد و اظهار داشت که حلاج در مکانی ناگهان بر او ظاهر شده و از او خواسته است که در برابر وی سجده کند و در مقابل استنکاف آن زن گفته است: او یعنی خداوند اله آسمانهاست و من اله زمینم. او در یکی از نامه‌هایش می نویسد: «مِن الرحمن الرحیم الی...» و نیز نوشته‌ای از او به دست آمد با این عبارات: «انّی مُغرِقُ قوم نوحٍ و مُهلكِ عادٍ و ثمودَ». در روایت موافقان حلاج از این محاکمه آمده است که وی در اثنای بازجویی برآشفت و وزیر را تهدید کرد که «دستور می‌دهم تا زمین ترا فرو برد»، و وزیر از عملی شدن این تهدید ترسید و به بازجویی ادامه نداد. ثبت و ضبط چنین اظهاراتی در دوران زندان انفرادی از حلاج امری طبیعی بشمار می آید و انسانی که دارای شهرت زیادی در میان طرفداران خود بوده است با داشتن زمینه برای درهم گسیختگی روانی و فکری می تواند سخنان هذیانی فراوانی را از خود بروز و ظهور دهد.

یکی دیگر از علائم اسکیزوفرنی بزرگنمایی افراطی است که در حقیقت نوعی هذیان بشمار می آید. ادعاهای حلاج مبنی بر معراج رفتن به تقلید از پیامبر اکرم (ص) و ادعای

بابیت برای مهدی موعود نزد شیعیان و اعتقاد به حلول و یا وحدت وجود از طریق ریاضتهای راهبان هندی همگی نشان از این اختلال روانی دارند.

توهمات دیداری

از برخی تواریخ چنین دانسته می شود که حلاج در هند با ریاضت شدید به نوری الهی دست یافته و وظیفه خود دانسته است تا مردم را بدان نور دعوت کند. دیدن نور و یا هاله نور در اثر فشارهای روحی و روانی می تواند منجر به یک تشنج عصبی از نوع صرع لوب گیجگاهی گردد که در اثر آن فرد در برابر خود هاله ای از نور را می بیند و این مورد یکی از شایع ترین توهمات دیداری در بیماران صرع لوب گیجگاهی می باشد.



گرسنگی زیاد و دور بودن از دیگران به همراه ریاضتهای غیر مشروع که به جسم انسان نیز ضرر می رساند می

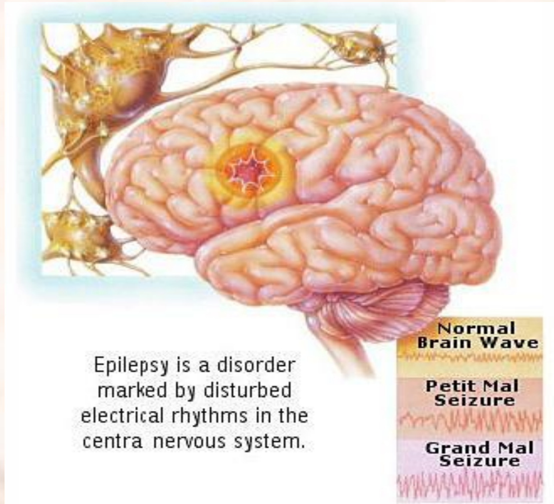
تواند منشأ این گونه توهمات دیداری بوده باشد. اگر حلاج به این تجربه معنوی در اثر دعا و مراقبات دینی مشروع یعنی مورد تأیید قرآن و سنت نبوی و سیره اهل بیت علیهم السلام می رسید می توانستیم این احتمال را بدهیم که وی واقعا چنین نوری را دیده است و آن نور منشأ تحولات معنوی او بوده است و در روایات ما نیز آمده است که علم نوری است که خداوند در قلب هر کسی که بخواهد قرار می دهد. از وی نقل شده است که روح انبیا را در پیکر برخی مریدان خود تصور می‌کرده و ایشان را نوح و موسی و محمد می خوانده است.

تغییر ناگهانی دینی

یکی از علائم صرع لوب گیجگاهی تغییرات ناگهانی در دین است. حلاج در دوران نخستین خود به مذهب حنبلی تعصب می ورزیده است، آن گاه به تصوف روی می آورد و در مقابل دیدگاههای حنابله اهل حدیث قرار می گیرد، روزگاری به قم سفر می کند و ادعای بابیت می نماید و علمای قم او را طرد می کنند، ولی عملا در مقابل اهل سنت و از جهت غلو در مقابل شیعه امامیه قرار می گیرد، زمانی به هند و سند مسافرت می کند و سرآمد ساحران و شعبده

بازان قرار می گیرد و در عمل در مقابل اهل شریعت قرار می گیرد و در نهایت مطاف نیز ادعای الوهیت و اتحاد با ذات الهی می نماید و می گوید که می خواهد چیزی بنویسد تا با قرآن برابری کند و در معراج خود ضمن رقابت با پیامبر اکرم (ص) که شفاعت امت خود نمود، ادعای شفاعت همه مردم را می نماید و بالاخره جان خویش را در این مسیر فدا می کند تا به قول طرفدارنش همچون مسیح دوباره زنده شود و به هدایت خلق بپردازد.

در حج سوم که در حدود سال 290 انجام شد و دو سال در اعتکاف و ریاضت و انزوا از خلق بود در اندیشه و گفتار او تغییر اساسی پدید آمد و برخی گفته اند که در سفر به هندوستان ایمانش را به باد داده است. چنین تغییرات در اعتقادات ناشی از یک نوع اختلال روانی و احتمالا صرع لوب گیجگاهی نشأت می گیرد و تاریخ زندگی پر فراز و نشیب حلاج نشان می دهد که احتمالا وی به گونه ای از این بیماری رنج می برده است.



بی توجهی به ظاهر و لباس

گفته اند که وی دارای هیئتی شوریده و ظاهری نا آراسته بوده است و پیش از این نیز از لباس وی که بیست سال بر تن او بوده و حشرات گزنده در آن لانه کرده بودند سخن گفتیم و همه این بی بندو باریهای ظاهری از علائم بیماری سایکوزی و اسکیزوفرنی می باشد، یعنی اگر فردی دو یا چند مورد زیر را برای یک دوره یک ماهه و بیشتر دارا باشد می توان در او احتمال اختلال اسکیزوفرنی داد، این علائم عبارتند از: توهمات دیداری و شنیداری، هذیانات،

سخنان آشفته و رفتار به شدت آشفته مانند نامناسب لباس پوشیدن، اغلب گریه کردن و یا رفتار جنون جوانی داشتن.

تمایل به خودکشی غیر مستقیم

5 تا 10 درصد خطر خودکشی در بیماران با اسکیزوفرنی وجود دارد [9]. خودکشی به معنای آسیب زدن به خود با قصد پایان دادن به زندگی است. حلاج در اوایل دعوت خود متهم به دعوی مهدویت شد و در خطبه‌هایش از امام مهدی با تعبیر مسیح نیز یاد کرده بود. او خود را در رنج دیدن با مسیح مشترك حس می‌کرد و این که در شعرش نیز از او استمداد کرده و اظهار داشته که منتظر صلیب است نه بازگشت به مکه و مدینه، معنایی جز بلاجویی او و گرایش روانی به سمت انتحار ندارد و آگاهانه به سمت اعدام خویش حرکت کرده است. اگر چه اسکیزوفرنی احتمال بروز خودکشی را افزایش می دهد، اما این موضوع عمومیت ندارد. بیشترین اختلالات خلقی مرتبط با خودکشی عبارتند از افسردگی، نا امیدی، و انزوای اجتماعی که هیچ یک از این موارد در حلاج موجود نبودند، اما عوامل خطری چون میزان سن و جنسیت مذکر در او وجود داشتند. خودکشی با واسطه[10] بدین معنی است که فرد کاری انجام می دهد که

فرد دیگری او را به قتل برساند، یعنی خود فرد مسبب قتلش به واسطه شخص دیگری می شود. این احتمال در مورد حلاج وجود دارد که رفتارها و اعتقادات وی سبب منجر شدن به قتل او توسط دیگران به عنوان شکلی از "خودکشی با واسطه" شده باشد.

جدول شماره 1: ضوابط تشخیص اسکیزوفرنی
A: علائم شخصیتی: حضور دو و یا سه مورد از موارد ذیل در بیشتر یک ماه (ویا کمتر از یکماه در افرادی که علائم آنها به علت درمان کاهش یافته است): - هذیانات - توهمات - سخنان درهم ریخته - رفتارهای درهم ریخته عمده و یا رفتار کاتاتونیک - علائم منفی: بی تفاوتی عاطفی،[11] فقر در گفتار،[12] از دست دادن اراده[13]

- ملاحظه: در تشخیص اسکیزوفرنی ضابطه A به تنهائی می تواند کفایت نماید به شرط آن که هذیانات نامأموس باشند و توهمات متشکل از شنیدن یک صدائی باشد که رفتارها و یا اعتقادات دیگران را مورد تفسیر قرار می دهد و یا شنیدن دو یا چند صدا که با یکدیگر به گفتگو می پردازند.

B: بدکاری حرفه ای/اجتماعی: از زمان شروع اختلال، یک و یا چند زمینه کارکردی همانند عملکرد، روابط شخصی و یا حفظ سلامت فردی کمتر از سطح شروع آن اختلال می باشند.

C: طول مدت: علائم اختلال حداقل شش ماه به طول می انجامد. در مدت این شش ماه فرد حداقل یک ماه باید علائم بیماری را داشته باشد (واگر در حالت درمان باشد کمتر از یکماه دارای علائم مشخصه بیماری باشد).

چنین رفتارهائی از حلاج شباهت نزدیکی به مواردی دارد که در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالهای روانی[4]

(DSM-IV-TR) معرفی شده اند. بر اساس الگوهای ارائه شده در راهنمای مذکور تجارب مفهومی دیداری و شنیداری حلاج ممکن است به عنوان توهم شنیداری (AH)، توهم دیداری (VH)، اوهام با محتوای دینی، و پارانوئید (از نوع اسکیزوفرنی) با مضمون فکری تلقی گردد. چنین حالاتی با یکدیگر به صورت یک مجموعه از اختلالات روانی با منشأ اولیه روانی و شرایط ثانوی پزشکی و عصب شناختی روی می دهند [8]. تشخیص اسکیزوفرنی بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالهای روانی در صورتی امکان پذیر است که حداقل دو علامت از علائم پنجگانه در ضابطه نخست (A) در جدول شماره 1 را دارا باشد. ضابطه نخست (A) از نظر تئوری با تحقق تجربه مفهومی دیداری و شنیداری وی تحقق می پذیرد. حلاج دارای علائمی چون روان گسیختگی بهم ریخته،[14] کاتاتونی،[15] علائم منفی روانی (بی تفاوتی عاطفی،[11] فقر در گفتار،[12] از دست دادن اراده[13]) و یا مشکلات شناختی چون عدم توانائی تمرکز، توجه، و یا از دست دادن حافظه نبوده است. اطلاعات ما از زندگینامه وی بیانگر کاهش عملکرد کاری و یا اجتماعی وی در مقایسه با مرحله قبل از شروع نخستین

تجربه های مفهومی وی که در ضابطه دوم (B) به آن اشاره شده است می باشد. اسکیزوفرنی غالباً در مردان ۱/۴ برابر بیشتر از زنان و به طور معمول در مردان زودتر رخ می‌دهد. اوج سن شروع اسکیزوفرنی ۲۰ - ۲۸ سال برای مردان و ۲۶ - ۳۲ سال برای زنان است. در مورد حلاج می بینیم که نخستین گزارشهای مربوط به وی و ادعای «انا الحق» او به سن 27 سالگی بر می گردد و پس از آن تا زمان مرگش نیز این حالتهای روانی ادامه داشته و بدین ترتیب مشمول ضابطه سوم (C) در خصوص استمرار و یا طول مدت علائم اختلال گردیده است. او دارای سلامتی عمومی نیز بوده است، زیرا در طول زندگی خود ضعف و ناتوانی خاصی از وی گزارش نشده است. مستندات تاریخی نشان می دهند که حلاج هیچ یک از علائم افسردگی شدید و فلج کننده[16] و نیز علائم شبیه به جنون[17] را نداشته است و این امر سبب می گردد تا امور شبیه به اختلالات خلقی مرتبط با سایکوز مانند افسردگی با علائم سایکوزی و اختلال دو قطبی،[18] در وی با احتمال کمتری روبرو گردد. چنین حدس زده می شود که استعمال گیاهان با خواص روان گردانی توسط برخی صوفیان و خرقه پوشان مهم و با

ارزش شمرده می شده است، اما مستندات مستقیمی برای استعمال چنین گیاهانی برای ایجاد تجارب معنوی توسط حلاج در دست نداریم. احتمال دیگری نیز وجود دارد که صرع سبب ایجاد چنین تجاربی غیر معمول نزد حلاج باشد. ممکن است افراد با بیماری صرع علائم شبه روان گسیختگی ایکتال، اینتر ایکتال و پست ایکتال را خود نشان دهند [10-11]، و این نوع تجربه در حدود بین 2 تا 7 درصد از بیماران صرعی [12] اتفاق افتد، ضمن آن که 2.2 درصد از حملات با منشأ لوب گیجگاهی نیز دارای چنین تجربه های معنوی بوده اند [13-14].

خود توهمات بزرگ بینی و ادعای مهدویت نزد حلاج می تواند دلیلی بر اختلالات صرع کانونی پیچیده بوده باشد [15]. مواردی در تاریخ انتشار یافته است که تجارب معنوی ایکتال (مربوط به صرع) به عنوان اموری قابل ستایش و یا جذبه های عرفانی تفسیر شده اند، اما متأسفانه اطلاعات تفصیلی و جزئیات مربوط به آنها در دست نداریم.

سایکوز پست ایکتال (PIP) ارتباط نزدیکی با بیماری حمله دارد و از عمومیت زیادی برخوردار است و با تشدید تکرار حمله نیز می تواند ارتباط داشته باشد [16]. پیش بینی می

شود که 25 درصد از سایکوزها به علت صرع روی می دهند [17-18]، و 18 درصد از بیماران صرع کانونی که از نظر پزشکی غیر قابل کنترل می باشند نیز با سایکوز پست ایکتال ارتباط دارند [19-20]. بیش از 25 درصد از افرادی که دارای سایکوز پست ایکتال می باشند دارای توهمات دینی از نوع حلاج بوده اند.

تنها 2 درصد از افرادی که دارای سایکوز اینتر ایکتال (روان پریشی بین حملات صرع) بوده اند از خود توهمات دینی را بروز داده اند [21-22]. سایکوز اینتر ایکتال به آسانی از اسکیزوفرنی قابل تشخیص نیست، و در علائم منفی مشابهت کمتری به یکدیگر دارند. بیشترین شباهتها ممکن است در علائم مثبت دیده شود، مانند اختلال فکری، توهمات و هذیان گوئی [10]. اطلاعات قابل اعتماد در این حوزه بسیار اندک است، اما گفته شده است که بین 30 تا 60 درصد از بیماران با صرع کانونی از خود صرع فراگیر ثانوی نیز بروز داده اند [23-25].

اگر به علت وجود هذیانات و بزرگنمائی افراطی و توهمات دیداری بتوان حلاج را به بیماری صرع منسوب کرد، اما باید دانست که این بیماری از نوع رفتارهای تکراری مانند

لرزش های موضعی و یا کلی غیر قابل کنترل، حرکات غیر ارادی صورت، تغییرات رفتاری یکنواخت، حالتهای جذبه ای همراه با ترس مداوم و یا عود کننده (گاهی ترس همراه این حالتها نمی باشد)، حمله خیره شدن به یک نقطه، کاهش آگاهی، حمله افتادن، لکنت زبان، و یا بی ارادگی نبوده است. بیشتر صرع های فراگیر و حتی غالب صرع های موضعی پیچیده با پدیده فراموشی در هنگام و پس از اتمام صرع بلافاصله همراه می باشند و افراد غالبا هر روزه با صدماتی در حافظه و توانائی اجرای کارها روبرو می باشند [26-27]. ما هیچ سندی در دست نداریم تا حرکات غیر ارادی غیر قابل کنترل، فراموشی مقاطعی از زندگی، و یا صدمات مربوط به فراموشی و یا امور شبیه به آن را به حلاج نسبت دهیم.

اختلال روانی غیر طبقه بندی شده[19] (PD NOS) می تواند یک تشخیص ثانوی بشمار آید. PD NOS شامل افرادی می گردد که اطلاعات و یا علائم کافی برای تشخیص بیماری در اختیار نیست و اطلاعات موجود با هیچ یک از معیارها و ضوابط تشخیص یک نوع خاص اختلال روانی مطابق نمی باشد [8]. پرونده پزشکی حلاج شباهت زیادی

به اسکیزوفرنی پارانوئید و یا اختلال روانی غیر طبقه بندی شده دارد.

مهمترین ویژگی چنین شرایطی هذیانی است که در یک فردی شکل می گیرد و این خصیصه در ارتباط فرد با دیگر افراد مرتبط توسعه می یابد و گاهی به این نوع هذیان "عامل"[20] و یا "مورد اولیه"[21] گفته می شود و چنین فردی دارای اختلال روانی با هذیانات برجسته می باشد. چنین فردی معمولا تصمیم می گیرد که به صورت کامل و یا جزئی هذیانات اعتقادی خود را از "مورد اولیه" به افراد دیگر به اشتراک گذارد. اختلال سایکوتیک مشترک نوعی اختلال سایکوتیک است که دو یا چند نفر به طور مشترک به آن مبتلا می شوند. مورد اولیه معمولا یک بیماری سایکوتیک عمده دارد و موارد ثانویه که افرادی وابسته و تلقین پذیر هستند، علایم سایکوتیک مورد اولیه را پذیرفته و بیمار مي شوند [8، 28]. حلاج در ارتباط نزدیک با برخی شخصیتهای صوفی چون جنید بغدادی و سهل بن عبدالله تستری بوده و این افراد نیز دارای علائم بیماری سایکوتیک بوده اند.

از دیگر تفاسیر موجود در باره علل ایجاد چنین الهاماتی و یا تجارب ادراکی این است که تجارب معنوی به سبب نیروهای ناشناخته ایجاد می شوند [29]. این امر ممکن است به صورت یک اختلال تبدیلی[22] و یا اختلال تجزیه ای[23] (گسستی) مانند یک حالت شبه خلسه[24] یا اختلال هویتی تجزیه ای[25] (DID) (وجود دو یا چند شخصیت یا حالات شخصیتی مجزا در یک فرد) بروز کند. احتمال دیگر نیز وجود دارد و آن تدلیس و تقلب عمدی[26] از طرف الهامات فراطبیعی می باشد. برای اثبات این فرضیه به یک پشتیبانی قوی به عنوان واسطه نیاز است. وضعیت پیچیده ای از امور مختلف چون اختلال روانی همراه با تدلیس عمدی، علائم تجزیه ای، حالتهای شبه خلسه تجزیه ای[24] و اختلال هویتی تجزیه ای[25] (DID) وجود داشته است.

محدودیتهای تحلیل

منابع مورد اتکای ما در باره این شخصیت در حقیقت سوابق پزشکی یک بیمار را تشکیل نمی دهند. خواننده معاصر با چالشهای فراوانی در تفسیر رویدادهائی روبرو می باشد که از زمان و فرهنگ ما بسیار دور هستند. شخصیت مورد نظر ما باید با توجه به این عوامل و محدودیتها و با توجه به

معیارهای تجربه دینی در آن دوران مورد تجزیه و تحلیل واقع شوند. برخی دیگر معتقدند که متون تاریخی و تذکره نویسان در احوال صوفیان به تفسیر حقایق به صورت مستقیم و حقیقی نمی پردازد، بلکه از زبان استعاره و مفاهیم مجرد بهره می گیرد، بنابراین چنین متونی نمی توانند معیار تشخیص دقیق پزشکی قرار گیرند.

برخی دیگر اعتقاد دارند که یافته های پزشکی همواره اموری یقینی نمی باشند و تحلیلهای ناپایداری را ارائه می نمایند، زیرا علم پزشکی به دانش روز و غالب در زمان خود وابسته است و ممکن است در زمانهای دیگر به گونه دیگری باشد [30]. گذشته نگری در تشخیص بیماری ممکن است یک نوع تخلف از قوانین پزشکی محسوب گردد، زیرا نظریه های پزشکی که در باره شخصیتهای تاریخی ارائه می گردد مبتنی بر معاینه مستقیم بیمار نمی باشد و پزشک هرگز بیمار مورد نظر را ندیده است، بنابراین دیدگاههای او نمی تواند دقیق باشد [30].

بر اساس آخرین دیدگاه، از آنجائی که حضور شخص بیمار برای انجام معاینات یک مشکل می باشد، این خیلی ساده انگاری است که همه تشخصیها را منوط به حضور بیمار

نماییم. زمینه های عصب شناختی و رفتاری علم پزشکی عموماً بر مشاهدات ما از خانواده، دوستان، و همکاران بیمار تکیه می نمایند، زیرا بیمار ممکن است خیلی به سخن گفتن از علائم بیماری خود علاقه نداشته باشد، اطلاعات کافی از آن نتواند ارائه کند و یا گزارشهای او از خودش دقیق نباشند. در این موارد نوشته های بیمار برای ارزیابی از حرکات بیمار [31]، محتوای فکری، عملکرد زبانی، سازماندهی، و توانائی برای انتزاع بکار گرفته می شود. علاوه براین، پیشرفتهای ایجاد شده در فیزیولوژی انسان به ما این اعتماد به نفس را می دهد که بتوانیم برخی از یافته های پزشکی را در خصوص گذشتگان مورد ارزیابی قرار دهیم، مانند یافته ای پزشکی منسوب به پزشک هندی قرن ششم قبل از میلاد یعنی شوشروتا[27] که شیرینی ادرار را توصیف کرده است [32]. در چنین مواردی ما نیاز به حضور شخص برای تشخیص بیماری قند نمی باشیم. در دیگر موارد نیز با موجود بودن توصیفاتی از علائم بیماری در متون قدیم می توانیم علل آنها را تشخیص دهیم. در مورد حلاج به اندازه کافی اطلاعات موجود است، و همه این موارد قابلیت لازم را برای تعیین وضعیت (پزشکی) وی به صورت نسبی دارند.

لازم به ذکر است که آزمایشها و مصاحبه های پزشکی در همه شرایط و اوضاع به یک گونه نمی باشند. این معلوم است که پزشک باید هم مصاحبه و هم آزمایشات را با هدف و شرایط خاص خود تنظیم نماید [34-33]. یک پزشک ممکن است آزمایشات خود را تنها متوجه احساسات مرتبط و ادراکات نماید و نیازی به تماس فیزیکی با بیمار نداشته باشد، ولی در عین حال به دنبال استنباط قابل اعتماد از میزان سطح هوشیاری، جهت گیری، توجه، توانائی خود ساماندهی و درک نشانه های اجتماعی،[28] سازماندهی افکار، توانائیهای گفتاری، حافظه، بصیرت و دانائی، قضاوت، و تفکر انتزاعی و دیگر امور باشد. یک جراح ممکن است به لمس فیزیکی نیاز داشته باشد تا بتواند خصوصیات یک توده را در بدن تشخیص دهد. این بررسیها دارای خصوصیات مختلفی می باشند و نوع آنها بر اساس اهداف مشخصی تعیین می گردند. الگوهائی که برای شناخت رفتار بر اساس رابطه مغز-رفتار وجود دارند همگی نتیجه تحقیقات قرن کنونی در زمینه مغز بوده و پیشینیان ما نسبت به این موضوع اطلاعی نداشته اند [35]. این نوع بررسیها می تواند تمرین خوبی برای بکارگیری مدلهای مدرن از رفتار مرتبط با آناتومی

عصبی برای شناخت محل و نوع بیماری و محدودیتهای آنها باشد.

ما به طور خلاصه می توانیم یک نمونه از روش تشخیص بیماری فردی که شخصاً برای انجام معاینات حضور ندارد بر اساس کارکرد مدرن آناتومی عصبی را ارائه دهیم. منابع موجود نشان می دهد که حلاج سفرهای زیادی را انجام داده و توان مقابله با سختی سفرهای طولانی از بصره تا هندوستان را داشته است. این فعالیتها به طور کلی حداقل بیانگر وضعیت سالمی از کارکرد حرکتی، احساسات، و هماهنگی حلاج می باشند. این قابلیتها در حال حاضر به عنوان عملکرد مدارهای قشری و زیر قشری (لوبهای پیشانی و آهیانه) شناخته می شوند و مخچه نیز آنها را مورد تنظیم و سازماندهی قرار می دهد.



مدارهای قشری-زیر قشری ترکیبی از بخشهای مورد هدف قشر مغز می باشند که از جسم مخطط (بخش دم دار، پوسته، جسم مخطط شکمی)، گوی رنگ پریده یا پالیوم (گلوبوس پالیدوس)، جسم سیاه، و تالاموس ترکیب شده اند و به سمت قشر مغز نیز بازمی گردند [36]. همه این سیستمها ظاهراً باید سالم بوده باشند تا فرد بتواند چنین سفرهای سختی را انجام دهد.

منقولات تفصیلی برجای مانده از کتاب الطواسین حلاج از رویدادها و آیات و روایات متعدد نشان می دهد که وی دارای سیستمهای حافظه ای سالم هم از نوع مفهومی[29] و هم رویدادی[30] یا اتفاقی در زمان تألیف بوده است. این سیستم حافظه باید متکی به یک مدار مغزی عمیق متشکل از هیپوکامپ، فورنیکس،[31] جسم پستانی،[32] نوار پستانی-تالاموسی،[33] هسته قدامی تالاموس[34] و شکنج سینگولیت[35] (جریان پاپز)[36] بوده باشد.[1] حلاج با تعداد زیادی از مردم در

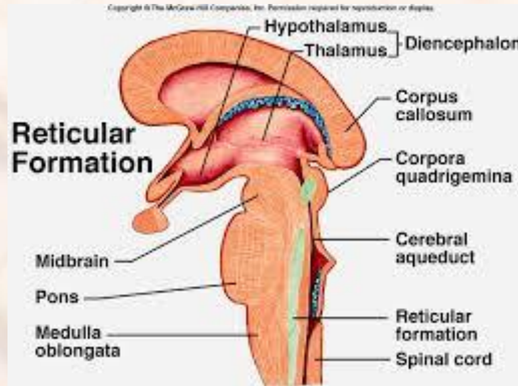
---

[1] مثلث مغزی در بالای تالاموس و پایین جسم پینه ای به طرف جلو می آید و به دو شاخه تقسیم می شود. هریک از این شاخه ها مجددا قوسی به طرف پایین و عقب پیدا می کند و بالاخره آکسون سلول های هرمی شکل اولیه هیپوکامپ در هیپوتالاموس به اجسام پستانی (mammillary bodies) ختم و با نورون های اجسام پستانی

طول سفرهایش سخن گفته است که این موضوع بیانگر عملکرد درست زبانی او می باشد و این عملکرد بستگی تام به ساختارهای مغزی پری سیلوین[37] (شکاف مغزی) دارد. توانائی او در شکل دادن به روابط اجتماعی و ایراد سخنان اقناعی با بکارگیری زبان استعاری نشان می دهد که کارکرد بنیادین لوب پیشانی و سیستمهای لیمبیک درست عمل می کرده اند و در نتیجه او دارای قابلیت خود ساماندهی، احساسات، انتزاع، و قابلیت سازماندهی افکار و تمرکز حواس بوده است.

سیناپس می شود. آکسون این نورون ها به طرف بالا رفته و به هسته های قدامی تالاموس ختم می شود و از هسته های قدامی تالاموس آکسون نورون های جدید به شکنج سینگولیت (cingulate gyrus) می رود. شکنج سینگولیت در محاذات جسم پینه ای از جلو تا عقب مغز امتداد دارد. از شکنج سینگولیت رشته هایی به موازات جسم پینه ای به طرف عقب می روند که در قسمت خلفی جسم پینه ای دسته واحدی به نام دسته سینگولوم (cingulum bundle) را تشکیل می دهند. این رشته ها به هیپوکامپ وارد می شوند. بدین ترتیب در این مسیر مدار بسته ای تشریح شد (شروع از هیپوکامپ و برگشت به همین محل) که تمام اجزای آن جزء دستگاه کناری محسوب می شوند. مدار مورد بحث مدار پاپز(papez circuit) نام دارد که نه تنها یکی از مدارهای مهم این دستگاه است، بلکه دستگاه ضبط مغز برای تمام اطلاعات وارده نیز محسوب می شود.

توانائی او در بیداری کامل، سخن گفتن، و تنفس نشان می دهد که ساقه مغز[38] او سالم بوده است. جزئیات دقیق تر در باره رفتار و شناخت فرد ممکن است با بکارگیری روشهای عصب شناسی رفتاری و عصبی-روانی[39] به دست آیند که فرایند این بررسی می تواند فهم دقیق و مدرن تری از الگوهای بیماری روانی و عصبی را ارائه نماید.



اکنون به اثبات رسیده است که توهمات و هذیانات اسکیزوفرنی در حد بالائی از زمینه های اجتماعی و فرهنگی متأثر می باشند. تجارب فرهنگی مختلف ممکن است به شکلها و محتواهای هذیانی گوناگونی ظهور و بروز یابند [37-38].

ضوابط راهنمای تشخیص بیماریهای روانی (DSM-IV-TR) به ما این توانائی را بخشیده است که بتوانیم پدیده های روانی را از تجارب عادی در فرهنگ خاص مورد تشخیص قرار دهیم. متأسفانه محاسبات عددی مبتنی بر شواهد برای عملی کردن این امر وجود خارجی ندارد. یکی از موانع مهم در تحقق این خواسته وجود شکاف تاریخی بین ما و موضوعات تاریخی مورد نظر می باشد. برای غالب آمدن بر این مشکل و اجرا نمودن این طرح می توانیم به دیدگاههای افراد نزدیک به زبان و فرهنگ موضوعات ما رجوع کنیم.

روش ابداعی برای بررسی سیستم عصبی حلاج ممکن است در مقیاسهای بزرگتری برای شخصیتهای دیگر نیز بکار گرفته شود. قابل ذکر است که تحلیلهای پزشکی در نهایت امور کاملا قطعی و خدشه ناپذیر نمی باشند و احتمال نقص و یا اشتباه در آنها وجود دارد و همواره باید برای نقد و بررسی بیشتر آمادگی کامل داشت بویژه زمانی که اطلاعات بیشتری از آنان به دست ما می رسد. بدون موشکافی علمی و آکادمیک نسبت به روشها و نتایج نمی توان انتظار پیشرفت در درک صحیح از وضعیت فرد داشت.

ما اکنون به استدلالاتی در ارتباط با اعتبار فرضیه های خود به شرح ذیل می پردازیم:

نخست: پژوهشهای مرتبط با اسکیزوفرنی شواهد قانع کننده ای از مدل آسیبهای ژنتیکی در ارتباط با دو عامل استرس زای محیطی و روانی-اجتماعی ارائه کرده است که به آنان الگوی بیماری پذیری استرس[40] به عنوان مکانیسمی برای روی دادن اسکیزوفرنی اطلاق می گردد [39-41]. ویژگیهای بالینی میان فرهنگی [42] و افزایش خطر داشتن اختلال بر اساس میزان تمایل شخص به آن افرادی که به آن بیماری مبتلا شده اند، وجود ژنهای شناخته شده که خطر ابتلای به اسکیزوفرنی را افزایش می دهد و افزایش شیوع اختلالات مغزی جزئی در افراد با بیماری اسکیزوفرنی [36، 43] نشان می دهد که بین تأثیرات محیطی و ژنتیکی کنش و واکنشهائی وجود دارد [43-44] و تا آنجا که می دانیم بین انسان مدرن و انسانهای قرون گذشته در این زمینه فرقی وجود ندارد.

دومین نکته مرتبط با تشخیص سایکوز در نوشته های گذشتگان می باشد. سایکوز یا روان پریشی با نامهای مختلفی در قرون گذشته شناخته شده بوده است.

تنها در سالهای اخیر است که بکارگیری این اصطلاح در معنای خاص آن رواج پیدا کرده است. تعجبی ندارد که ما به سختی بتوانیم موارد این بیماری را در نوشته های قرون گذشته تشخیص دهیم بویژه آنکه این نوشته ها از منظر و دیدگاه یک نویسنده متعلق به آن قرون تحریر شده باشند. دانسته های فعلی ما درباره سایکوز می گویند که ویژگی اصلی سایکوز یک نوع پردازشهای فکری می باشند که یک دیدگاه تحریف شده فرد از واقعیت و یا عدم ارتباط کامل با واقعیت را منعکس می کند.

راهنمای تشخیص بیماریهای روانی نشان می دهد که واژه "سایکوتیک" به مجموعه ای از علائم بر می گردد که تا حد زیادی گونه های مختلفی از اختلالات را شامل می گردد، اما به طور کلی این بیماری به هذیانات، هر نوع توهم عمده، سخنان درهم ریخته، یا رفتارهای درهم ریخته و کاتاتونیک برمی گردد [8]. هذیان (یا توهم) یک اعتقاد باطل با تکیه بر استنباط نادرست از یک واقعیت خارجی است که بر خلاف اعتقاد دیگران و یا بر خلاف ادله و شواهد روشن و غیر قابل تردید توسط فرد مورد تأکید و ابرام قرار می گیرد. این اعتقاد چیزی نیست که به سادگی توسط دیگر اعضای جامعه

فرهنگی فرد و خرده فرهنگهای آن جامعه مورد قبول واقع شود [8]. فرد مبتلای به این اختلال به صورت مداوم به یک نوع اعتقاد جازم وهمی ایمان می آورد [8].

سومین نکته این است که عوامل فرهنگی و دینی آن عصر باید در این تحلیلها مورد عنایت خاص قرار گیرد. بر اساس راهنمای تشخیص بیماریهای روانی، توهمات شنیداری و دیداری با محتوای دینی ممکن است از جمله تجارب دینی طبیعی در برخی فرهنگها بشمار آید [8]. به عبارت دیگر آن الگوی رفتاری که در غرب به عنوان یک آسیب شناخته می شود، ممکن است در فرهنگ اسلامی به عنوان یک تجربه دینی مثبت تلقی گردد و چنین اعتقادی تاثیرات مثبتی بر افراد محیط و تغییر الگوهای ناهنجار به سمت الگوی هنجار داشته باشد. ذهنیت مردم غرب بیشتر به آسیب شناسی تجارب دینی و وابستگی شدید به تبیین روانشناسانه از یک تجربه مادی و غیر آسمانی تمایل دارد. ردیگر[41] [45] معتقد است که یک ادراک پریشی نقیصه ای[42] برای پدیده های تجربی وجود دارد که خارج از دایره محدود خودآگاهی با تفسیرات روانشناسانه می باشد و سنتهای شرقی در این زمینه می توانند چیزهای زیادی به ما بیاموزند. طبق پیشنهاد او

بررسی و تحلیل تجارب دینی باید به گونه ای باشند که میان پدیده های خارج از الگوهای شناخته شده روانشناسی با علم پزشکی -و نه آسیب شناسی- ارتباط برقرار نمود. این نوع نگرش به تجارب دینی به ما می گوید که برخی تجارب معنوی ممکن است دارای تأثیرات بسیار مفیدی برای ایجاد تغییر و تحول در زندگی افراد، غالب آمدن بر موانع و تغییر رفتارهای مخرب بوده باشد. مؤمنان این تجارب را به طور کلی از دایره زندگی طبیعی خارج می دانند و در عوض معتقدند که همه این امور محصول ارتباط متعالی غیر طبیعی با نیروهای مقدس می باشند [46]. اگر بخواهیم از منظر دیدگاه مدرن به این موضوع بنگریم تجارب دینی فردی چون حلاج یک نوع تجربه خاصی بوده است که با تجارب فردی و اجتماعی غالب در آن عصر متفاوت بوده است و شاید تعداد زیادی از این گونه تجارب در آن عصر روی می داده است، و از آنجائی که آنها دارای طبیعتی جسمانی و دنیوی بوده اند نتوانیم در عصر کنونی به بررسی دقیق آنها بپردازیم. اطلاعات بجای مانده از آن تاریخ نشان می دهد که تجارب دیداری و شنیداری مکرّر و قابل رجوع برای مردم آن دوران با توجه به شدید بودن این پدیده ها در سوژه مورد

نظر ما امری طبیعی و عادی برشمرده نمی شده و پیروان وی به آنها معجزات و کرامات می گفته اند و منکران آنها را شعبده و حیله و مکر و یا جنون می دانسته اند. گروههای کوچکی از طرفداران افرادی چون حلاج شکل می گرفتند که همه تجارب او را به عالم ماوراء الطبیعه منسوب می کردند و در وی هیچ گونه علائم سایکوزی و روان پریشی نمی دیده اند، و در مقابل این گروه کوچک اکثریتی بوده است که آن کرامات را به حلیه و شعبده و جنون نسبت می دادند. حال این سؤال مطرح می شود که ما وجود پیروان نخستین را چگونه ارزیابی می کنیم؟ چگونه جامعه ای از افراد با دیدگاههای کاملا مخالف با دیدگاه اکثریت می توانستند وجود داشته باشند؟ چگونه می توان آن اکثریت را بر حق دانست و اقلیت را متهم به پیروی از اسکیزوفرنی اجتماعی نمود؟ در تاریخ اسلامی شاهد حقانیت بسیاری از اقلیتها در مقابل اکثریت گمراه بوده ایم، حال در چنین شرایطی آیا بررسی مدلهای اجتماعی در آسیب شناسی اجتماعی برای آگاهی از وقوع چنین پدیده ای می تواند مفید می باشد؟ تئوری اختلال ارتباطات[43] و تئوری فاصله اجتماعی[44] به ما می گویند که ما می توانیم با بررسی میزان تأثیرگذاری مثبت و منفی

اعتقادات چنین شخصیتهایی بر ارتباطات فردی و اجتماعی و پذیرش آنان نزد جامعه سلامت روانی را از روان پریشی متمایز سازیم. بر اساس این نظریه آنهائی که در حد افراطی از نرمهای اجتماعی منحرف می گردند و با جامعه و توده مردم ارتباط ندارند و به هیچ وجه توسط مردم قابل درک نمی باشند کم کم از جامعه خود منزوی و انگشت نما می شوند و ممکن است به عنوان انسانهای غیر عاقل دانسته شوند [47]. بر اساس این دیدگاه هر انسانی که بتواند خود را با جامعه متطابق و قابل قبول نماید فرد عاقل دانسته می شود. این دیدگاه به ما می گوید: افرادی که دارای پارانوئید ثابت، بزرگنمائی، هذیانات و در عصر معاصر دارای طرفدارانی می باشند نمی توانند افرادی با عقل سالم باشند. از جمله چنین افرادی می توان به دیوید کورش[45] از شاخه دراویدین ها[46] [48] و مارشال اپل وایت[47] از شاخه دروازه بهشت[2] [49][48] اشاره کرد. اگر دیوید کورش و مارشال اپل

---

[2] فرقه دروازه بهشت در سال 1970 توسط مارشال اپل وایت (Marshall Applewhite)و بونی نتتلیس (Bonnie Nettles) بنیان گذاشته شد. این فرقه یک فرقه مسیحی است که با ترکیب تعالیم آخر زمانی کتاب مقدس با داستانهای علمی تخیلی فضایی و داستانهای ماورائی و جادوئی و ستاره شناسی باستانی و اعتقاد به ستاره های

وایت دارای اعتقادات طیف روانی بوده اند در آن صورت این فرضیه غیر قابل قبول خواهد بود که تشخیص سایکوز به عدم پذیرش اجتماعی فرد توسط جامعه بستگی کامل دارد، زیرا در این میان افرادی وجود دارند که دارای علائم سایکوز می باشند و در عین حال توانسته اند چنان جمعیتی و یا جوامعی را علی رغم دارا بودن دیدگاههای انحرافی از واقعیت به دور خود جمع و سازماندهی کنند. پژوهشهای اخیر در خصوص کارکرد اجتماعی بهتر در برخی افراد با علائم روانی نشان می دهد که تجارب شبیه به اختلالات روانی شامل اعتقادات شبه هذیانی وهمی و غیر وهمی در عموم مردم مشاهده شده است. این موضوع نشان می دهد که علائم روانی به صورت نسبی دارای دوام و پیوستگی می باشد [50-53]. بنابراین میزان مقبولیت عام فردی به معنای سلامت عقلی و روانی آن فرد نیست و در طول تاریخ

دنباله دار و UFO ها توانست عده ای را به دور خود جمع کند. نام کتاب مهم تعلیمی این فرقه "کی و چگونه می‌توان از در بهشت وارد شد"است (How and When Heaven’s gate May Be Entered)است. 39 نفر از اولین اعضای آن به تاریخ 27 مارس 1997 در یک مزرعه اشتراکی در رانچو سانتا في کالیفرنیا شمال سن دیه گو (San Diego) دست به یک خودکشی دسته جمعی زدند.

بسیاری از رهبران سیاسی بوده اند که طرفداران زیادی هم داشته اند، اما از سلامت عقلی نیز برخوردار نبوده اند. در خاتمه مهمترین میزان برای تشخیص علائم سایکوزی در شخصیتهای تاریخی در حوزه دینی را می توان میزان مطابقت رفتار، گفتار و اعتقادات فرد با قرآن کریم، سنت نبوی و سیره عملی و روایات اهل بیت علیهم السلام و عقل سلیم دانست و به جز این معیار که از جانب خداوند به ما انسانها برای هدایت اعطا شده است نمی توانیم معیار و شاخص دقیقی را برای سلامت روحی و روانی فرد و یا جامعه تعیین نماییم و بدون داشتن چنین معیاری نمی توانیم رفتارها و گفتارها و ادعاهای شخصی را بر هذیانات و توهمات حمل نماییم، بویژه آن که معتقدان به ادیان آسمانی بر نقش عناصر ماوراء الطبیعه همچون امدادات الهی، معجزات، کرامات، الهامات، کشف شهودی، خوارق عادات، فرشتگان و جنیان و عالم ملکوت و تأثیرات آنها بر عالم خاکی و انسانها و نوع عملکرد و اعتقادات آنها تردیدی ندارند و کتب آسمانی همچون قرآن و انجیل و تورات مشحون از دخالت عالم غیر مادی در حیات انسانی و وقوع معجزات و کرامات و خرق عادات می باشد.

نتیجه گیری

سخنان و رفتار برخی صوفیانی چون حلاج که بر اساس منابع موجود با موازین شناخته شده از قرآن و سنت پیامبر اکرم (ص) شامل روایات و سیره اهل بیت علیهم السلام سازگاری ندارند و تحت تأثیر ریاضات غیر شرعی و عرفانهای کاذب هندوئی به شطح گوئی پرداخته و خود را صاحب کرامات و خوارق عادات می پندارند این احتمال وجود دارد که چنین افرادی دارای مشکلات روحی و بیماریهایی از نوع اسکیزوفرنی و حتی صرع لوب گیجگاهی باشند و با مراجعه به قرآن کریم و روایات معتبره و عقل سلیم می توان بخشی از مشکلات روحی و اعتقادی آنان را حل نمود، اما از طرفی دیگر افراد مشابه با جنین تجارب غیر اصیلی با مراجعه به پزشک معالج می توانند به درمان خود نیز بپردازند و زندگی سالمی را بدور از اختلالات روانی تجربه نمایند.

واژه های انگلیسی بکار برده شده در متن:

1- retrospective diagnostic examination

2- social models of psychopathology

3- group dynamics

4- Diagnostic and Statistical Manual of mental disorder

5- religious grandiose delusions

6- mania

7- Hypomania

8- mixed states

9- Trimble

10- suicide by proxy

11- affective flattening

12- alogia

13- avolition

14- disorganization

15- catatonia

16- debilitating depressive symptoms

17- manic-like symptoms

18- bipolar disorder

19- Psychotic disorder not otherwise specified

20- inducet

21- primary case

22- conversion disorder

23- dissociative condition

24- trance-like state

25- dissociative identity disorder

26- deliberate misrepresentation

27- Shushruta

28- perceive social cues

29- semantic memory

30- episodic memory

31- fornix

32- mammillary body

33- mamillothalamic tract

34- anterior nucleus of the thalamus

35- cingulated gyrus

36- circuit of Papez

37- perisylvian cerebral structures

38- brainstem

39- Neuropsychiatric

40- diathesis-stress model

41- Rediger

42- anosognosia

43- communication-disorder theory

44- social-distance theory

45- David Koresh

46- Dravidians

47- Marshall Applewhite

48- Heaven’s Gate cult

منابع:

1. Hazlett SB, McCarthy ML, Londner MS, et al: Epidemiology of adult psychiatric visits to U.S. emergency departments. *Acad Emerg Med* 2004; 11:193−195.
2. Baillargeon J, Thomas CR, Williams B, et al: Medical emergency department utilization patterns among uninsured patients with psychiatric disorders. *Psychiatr Serv* 2008; 59:808−811.
3. Rudaleviciene P, Stompe T, Narbekovas A, et al: Are religious delusions related to religiosity in schizophrenia? *Medicina (Kaunas)* 2008; 44:529−535.
4. Baier M: Insight in schizophrenia: a review. *Curr Psychiatry Rep* 2010; 12:356−361.
5. Flaherty AW: Frontotemporal and dopaminergic control of idea-generation and creative drive. *J Comp Neurol* 2005; 493:147−153.

6. Flaherty A: *The Midnight Disease: The Drive to Write, Writer's Block, and the Creative Brain*. New York, Mariner Books, 2005, p 41.

7. Trimble MR. *The Soul in the Brain: The Cerebral Basis of Language, Art, and Belief*. Baltimore, MD, Johns Hopkins, 2007, p 101−114.

8 . American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision. Washington, DC, *American Psychiatric Association*, 2000, pp 297−343.

9. Hor K, Taylor M: Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. *J Psychopharmacol* 2010; 24(Suppl):81−90.

10. Elliott B, Joyce E, Shorvon S: Delusions, illusions, and hallucinations in epilepsy, 2: complex phenomena and psychosis. *Epilepsy Res* 2009; 85:172−186.

11. Nadkarni S, Arnedo V, Devinsky O: Psychosis in epilepsy patients. *Epilepsia* 2007; 48 (Suppl 9):17−19.

12. de Araújo Filho GM, da Silva JM, Mazetto L, et al: Psychoses of epilepsy: a study comparing the clinical features of patients with focal versus generalized epilepsies. *Epilepsy Behav* 2011; 20:655−658.

13. Ogata A, Miyakawa T: Religious experiences in epileptic patients with a focus on ictusrelated episodes. *Psychiatry Clin Neurosci* 1998; 52:321−325.

14. Kanemoto K, Kawasaki J, Kawai I: Postictal psychoses: in comparison with acute interictal psychoses. *Jpn J Psychiatry Neurol* 1994; 48:209−211.

15. Brewerton TD: Hyperreligiosity in psychotic disorders. *J Nerv Ment Dis* 1994; 182:302−304.

16. Prendergast J, Spira P, Schnieden V: Post-ictal psychosis: an unusual clinical entity. *Aust N Z J Psychiatry* 1999; 33: 433−435.

17. Dongier S: Statistical study of clinical and electroencephalographic manifestations of 536 psychotic episodes occurring in 516 epileptics

between clinical seizures. *Epilepsia* 1959/1960; 1:117−142.

18. Kanemoto K: Postictal psychoses, in Progress in Epileptic Disorders: Neuropsychiatric Issues in Epilepsy. Montrouge, France. Edited by Inoue Y, Matsuura M. John *Libbey Eurotext*, 2010, pp 27−34.
19. Umbricht D, Degreef G, Barr WB, et al: Postictal and chronic psychoses in patients with temporal lobe epilepsy. *Am J Psychiatry* 1995; 152:224−231.
20. Kanner AM, Stagno S, Kotagal P, et al: Postictal psychiatric events during prolonged video-electroencephalographic monitoring studies. *Arch Neurol* 1996; 53:258−263.
21. Trimble M, Kanner A, Schmitz B: Postictal psychosis. *Epilepsy Behav* 2010; 19:159−161.
22. Kanemoto K: Postictal psychoses, revisited, in *The Neuropsychiatry of Epilepsy*. Edited by Trimble MR, Schmitz B. Cambridge, U.K., New York, Cambridge Univ. Press, 2002, pp 117−131.

23. Devinsky O: Epilepsy: Patient and Family Guide, 3rd Edition. *Demos Health*, 2007, pp 20.

24. Holmes GL: Epilepsy.com. Temporal Lobe Epilepsy. http://www.epilepsy.com/epilepsy/epilepsy_temporallobe; last accessed 05/28/2011.

25. Professional Advisory Board: EpilepsyFoundation.org. Temporal Lobe Epilepsy. http://www.epilepsyfoundation.org/about/types/syndromes/temporallobe.cfm; last accessed June 4, 2011.

26. Bortz JJ: Neuropsychiatric and memory issues in epilepsy. *Mayo Clin Proc* 2003; 78:781−787.

27. Patrikelis P, Angelakis E, Gatzonis S: Neurocognitive and behavioral functioning in frontal lobe epilepsy: a review. *Epilepsy Behav* 2009; 14:19−26.

28. Shimizu M, Kubota Y, Toichi M, et al: Folie á deux and shared psychotic disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2007; 9:200−205.

29. James W: *The Varieties of Religious Experience*. New York, Barnes & Noble Classics, 1902, 2004, pp 416−417.

30. Karenberg A: Retrospective diagnosis: use and abuse in medical historiography. *Prague Med Rep* 2009; 110:140−145.

31. Price BH, Richardson EP Jr: The neurologic illness of Eugene O′Neill: a clinicopathological report. *N Engl J Med* 2000; 342:1126−1133.

32. Kahn CR, King GL, Moses AC, (eds): *Joslin′s Diabetes Mellitus*, 14th Ed. Philadelphia, PA, Lippincott, Williams & Wilkins, 2005, p 2.

33. Murray ED, Price BH: *The neurological examination, in Comprehensive Clinical Psychiatry*, 1st Ed. Edited by Stern TA, Rosenbaum JF, Fava M, et al. Philadelphia, PA, Mosby/Elsevier, 2008.

34. Ovsiew F, Murray ED, Price BH: *Neuropsychiatric approach to the psychiatric inpatient, in Principles of Inpatient Psychiatry*, 1st Edition. Edited by Ovsiew F, Munich R. Baltimore,

MD, Lippincott Williams & Wilkins, 2008.

35. Legesse B, Price BH, Murray ED: Brain−behavior relations, in *Encyclopedia of Human Behavior*, 2nd Edition. Edited by Ramachandran VS. New York, Academic Press, 2012.

36. Murray ED, Buttner N, Price BH: *Depression and psychosis in neurological practice, in Neurology in Clinical Practice*, 6th Ed. Edited by Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM, et al. London, UK, Butterworth Heinemann, 2012.

37. Mohr S, Huguelet P: The relationship between schizophrenia and religion and its implications for care. *Swiss Med Wkly* 2004; 134:369−376.

38. Kim K, Hwu H, Zhang LD, et al: Schizophrenic delusions in Seoul, Shanghai, and Taipei: a transcultural study. *J Korean Med Sci* 2001; 16:88−94.

39. Zubin J, Spring B: Vulnerability: a new view of schizophrenia. *J Abnorm Psychol* 1977; 86:103−126.

40. Russo J, Vitaliano PP, Brewer DD, et al: Psychiatric disorders in spouse caregivers of care recipients with Alzheimer′s disease and matched controls: a diathesis-stress model of psychopathology. *J Abnorm Psychol* 1995; 104: 197−204.

41. Portin P, Alanen YO: A critical review of genetic studies of schizophrenia, II: molecular genetic studies. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 95:73−80.

42. U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS): *Mental Health: Culture, Race, and Ethnicity, A Supplement to Mental Health: A Report of the Surgeon General*. Rockville, MD, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General, 2001, p26.

43. U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS): *Mental Health: A Report of the Surgeon General*. Rockville, MD, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health

Service, Office of the Surgeon General, 1999, pp. 269−284.

44. van Os J, Kapur S: *Schizophrenia*. Lancet 2009; 374:635−645.

45. Rediger J: Bipolar disorder and western anosognosia, in *The Psychospiritual Clinician's Handbook: Alternative Methods for Understanding and Treating Mental Disorders*. Edited by Mijares S, Khalsa G. Binghamton, NY, Haworth Reference Press, 2005, pp 205−231.

46. Erhman BD. *The New Testament: A Historical Introduction to the Early Christian Writings*, 5th Ed. New York, Oxford Univ. Press, 2011.

47. Vardy MM, Kaplan BM: Christ/messiah delusions revisited: toward an anthropological definition of religious delusions. *Psychoanal Rev* 2008; 95:473−487.

48. Reavis DJ: *The Ashes of Waco: An Investigation*. Syracuse Univ Press, 1998.

49. Snow RL: *Deadly Cults: The Crimes of True Believers*. Westport, CT, Praeger, 2003.

50. Pechey R, Halligan P: The prevalence of delusion-like beliefs relative to sociocultural beliefs in the general population. *Psychopathology* 2011; 44:106−115.

51. Strauss JS: Hallucinations and delusions as points on continua function: rating scale evidence. *Arch Gen Psychiatry* 1969; 21:581−586.

52. Ellett L, Lopes B, Chadwick P: Paranoia in a nonclinical population of college students. *J Nerv Ment Dis* 2003; 191:425−430.

53. Kelleher I, Cannon M: Psychotic-like experiences in the general population: characterizing a high-risk group for psychosis. *Psychol Med* 2011; 41:1−6.